Die
Bicornität des Uterus
als Ursache der Querlagen.

Inaugural-Dissertation

welche

unter Zustimmung der hochlöblichen medicinischen Facultät zu Marburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

einreicht und

am 1. Februar 1875

öffentlich vertheidigen wird

J. Becker, prakt. Arzt
aus Erbach.

MARBURG.
Druck von C. L. Pfeil.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554412_0217

Während man von Hippocrates Zeiten bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts allgemein die Ansicht hatte, dass das Kind bis zum 7. Monate der Schwangerschaft mit dem Beckenende nach unten im Uterus liege, dann aber sich plötzlich umdrehe, so dass nun der Kopf vorliege, glaubte man in der folgenden Zeit, gestützt auf die Arbeiten von Smellie, Solayrés de Renhac und Baudelocque, dass der Fötus von vornherein mit dem Kopfe nach unten liege und dass diese Lage sich unverändert während der ganzen Schwangerschaft erhalte. Erst Onymus, Scanzoni und besonders Hecker stellten durch genaue Beobachtungen fest, dass der Fötus während der Schwangerschaft jede beliebige Lage einnehmen kann und dass er dieselbe häufig wechselt, dass er sich aber bei Eintritt der Geburt meist in Gradlage befindet und sein Kopfende nach dem untern Abschnitte des Uterus gerichtet ist.

Obwohl man sich nun von jeher bemühte, die Ursache für das Zustandekommen der Schädellagen zu finden, so ist es bis jetzt nicht gelungen, eine bestimmte allgemein befriedigende Erklärung zu geben. Man hat eine ganze Reihe von Theorien, zu welchen man sich theils durch Experimente, theils durch Beobachtungen an Schwangern und Gebärenden berechtigt glaubte aufgestellt; aber keine ist für sich allein zur Erklärung hinreichend und gegen alle lassen sich gewichtige Gründe geltend machen. Eine übersichtliche Zusammenstellung dieser Theorien ist in der In-

auguraldissertation von Schlechter*) gegeben. Die Lage des Fötus ist unzweifelhaft von der Einwirkung sehr vieler Momente abhängig.

Wenn wir nun für das Zustandekommen der Schädellagen keine bestimmte, für sich allein genügende, Theorie aufzustellen vermögen, so lässt sich noch viel weniger ein Gesetz entwickeln, nach welchem Querlagen eintreten; wir können nur verschiedene Abnormitäten anführen, unter deren Einwirkung Querlagen gefunden werden. Scanzoni**) behauptet zwar, dass Querlagen nur bei abnormer Schlaffheit des Uterus vorkämen, aber schon Hohl***) bemerkt dagegen: „Wenn wir auch gern zugeben, dass bei andern bestehenden Ursachen eine Schlaffheit des Uterus die Entstehung fehlerhafter Lagen unterstützt, so möchten wir sie doch nicht als das wesentlichste Causal-Moment gelten lassen. Wie oft kommt nicht eine Erschlaffung des Uterus in so hohem Grade bei der regelmässigen Lage des Kindes vor, dass man einzelne Theile derselben durch die Bauchdecken sehr bequem fühlen kann, und wie oft findet man nicht bei einer fehlerhaften Lage einen äusserst störenden massenhaften Uterus.“

Die Ursachen, welche häufig Querlagen veranlassen und welche ich hier kurz zusammenstellen will, können in Anomalien des Beckens und des Uterus der Mutter, oder in Abnormitäten des Fötus und dessen Anhängen gefunden werden; endlich aber auch in andern Zufällen liegen.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass man bei Querlage häufig Beckenenge constatirt. Der Kopf, der bei Erstgebärenden gewöhnlich schon in der letzten Zeit der Schwangerschaft unter dem Drucke der straffen Uterus- und Bauchwände, oder auch durch schon in der letzten Zeit der Schwangerschaft eingetretene schwache Wehen in das Becken

*) Inauguraldissertation von Schlechter. Greifswald 1869.

**) v. Scanzoni, Lehrbuch der Geburtshülfe. Bd. I. S. 278.

***) Lehrbuch der Geburtshülfe von Dr. A. F. Hohl. S. 738.

tritt, findet hier ein Hinderniss, weicht seitlich ab und eine Schulter tritt auf die Beckenapertur. Wir finden deshalb bei Erstgebärenden mit engem Becken das Kind bei Eintritt der Geburt in primärer Querlage. Es ist aber auch besonders bei Mehrgebärenden möglich, dass bei Beginn der Wehen eine Gradlage besteht und erst unter deren Einfluss der Kopf, der nicht in das kleine Becken eintreten kann, zur Seite weicht. Es entsteht eine secundäre Querlage.

Aehnlich dem engen Becken wirken natürlich starkes Vorstehen des Vorbergs, Scoliose der Lendenwirbel, Schiefheit des Beckens und Tumoren in demselben. Auch abnorme Neigung des Beckens, welche oft mit Hängebauch verbunden ist, ist als Ursache von Querlagen gefunden worden. In allen diesen Fällen pflegen sich die Querlagen bei derselben Frau zu wiederholen.

Was den Einfluss des Uterus auf die Entstehung der Querlagen betrifft, so kann schon schiefe Lage desselben eine Abweichung des Kopfes nach der Seite und weiter eine Querlage bedingen. Wenn wir oben die Schlaffheit der Gebärmutter nicht mit Scanzoni als das wesentlichste Causal-Moment der Querlagen gelten lassen wollten, so bildet dieselbe doch ein günstiges Moment für die Entstehung derselben, und bei Hinzutritt anderer günstiger Einflüsse wird Querlage um so leichter eintreten. Denn die schlaffen Uteruswände vermögen den Fötus nicht zu fixiren und derselbe wird nicht gehindert, eine abnorme Lage anzunehmen. Viele fanden als Ursache der Querlagen einen zu grossen Breitendurchmesser des Cervix und grosse Abweichung des Uterus von der Ovoidform durch mehrere vorausgegangene Schwangerchaften *).

Hohl **) stellt als eine nicht selten vorkommende

*) Klinik der Geburtshülfe und Gynäkologie von Dr. J. Chiari. S. 52,

**) Lehrbuch der Geburtshülfe. S. 739.

Ursache der Querlagen eine in der ersten Zeit der Schwangerschaft bestehende mehr schräge als gerade Lage des Fötus im Uterus auf, in welcher derselbe verharren müsse, wenn der Uterus bei seinem Wachsthum sich jener Lage anpasse und eine schiefe Gestalt annehme. Auch andere Formfehler des Uterus führen nach seiner Angabe zur Entstehung abnormer Lagen.

Zu grosse Menge des Fruchtwassers gestattet dem Fötus freiere Bewegung, und auch hier finden wir deshalb öfters das Kind in Querlage zur Geburt kommen. Wie Späth (Wiener med. Wochenschrift VII. Jahrgang Nr. VIII) meint, hängt es hier nur vom Zufalle ab, ob der Fötus sich bei der Geburt wieder oder noch in Querlage befindet. Er sagt, unter 93 bei der Geburt beobachteten Querlagen sei Hydramnion 12 Mal vorhanden gewesen, und es wäre gewiss noch öfter beobachtet worden, wenn es nicht dadurch, dass die betreffenden Personen erst nach dem Blasensprunge in die Anstalt kamen, der Controle entgangen wäre.

Ist während der Schwangerschaft der Kopf zur Seite gewichen, so gelingt es häufig noch den eintretenden Contractionen, die Gradlagen herbeizuführen, wenn aber in solchen Fällen das Fruchtwasser frühzeitig vor Eintritt eigentlicher Wehen abfliesst, so umschnürt der Uterus den Fruchtkörper eng und die Frucht wird jetzt in jener abnormen Lage festgehalten. Deshalb finden wir öfters erwähnt, dass frühzeitiger Abfluss des Fruchtwassers die Ursache einer Querlage gewesen sei.

Ein weiteres günstiges Moment für die Entstehung der Querlagen bildet Placenta praevia, indem auch hier der Kopf am Eintritt in das kleine Becken verhindert wird. Die Placenta ist dann meist so gelagert, dass sie den ganzen Muttermund bedeckt.

Besteht Zwillingsschwangerschaft, so wird gar nicht selten die zweite Frucht bei der Geburt in Querlage gefunden, und zwar kann letztere auf zweifache Art entstehen.

Einmal nämlich kann der erste Zwilling den zweiten schon während der Schwangerschaft an der Gradlage verhindern, wenn dann nach Austritt des ersten der Uterus den zweiten sofort in seiner abnormen Lage umschnürt, so kann er sich nicht in Gradlage zur Geburt stellen. Aber auch wenn der zweite Zwilling ursprünglich in Gradlage gefunden wird, kann er doch nach der Geburt des ersten durch die dadurch plötzlich entstehende Raumveränderung im unteren Abschnitte des Uterus mit dem Kopfe zum Abweichen kommen und in Querlage gefunden werden.

Von Seiten des Fötus werden Querlagen häufig durch den Tod desselben bedingt und zwar können verschiedene Momente, von denen ich einige anführen will, mitwirken. Da bei todten Früchten die Haltung leicht abnorm wird, so können hierdurch schon unzweifelhaft Querlagen entstehen. Aber auch Umänderung des Schwerpunktes mag häufig als einwirkendes Moment für das Zustandekommen der Querlagen gesehen werden. Ist die Frucht sehr weich und noch nicht ausgetragen und tritt die Contraction im unteren Gebärmutterabschnitte mit geringerer Energie auf, so wird, wie Scanzoni ausführt, der Steiss unter wirklicher Knickung des Fötus tiefer herabgepresst, der ohnedies gewöhnlich etwas zur Seite gelegene Kopf noch weiter von der Axe des Uterus hinweggedrängt und die Querlage ist vollständig. Auch durch Verweilen des Fötus in der veränderlichen embryonalen Lage wegen gehemmter Reflexbewegungen desselben kann man Querlagen bei der Geburt beobachten.

Das lebende Kind gibt häufig zu Querlagen Veranlassung durch zu grossen Umfang des Kopfes, besonders wenn derselbe die höheren Grade erreicht, wie sie bei Hydrocephalen gewöhnlich sind. Auch Eventration der Baucheingeweide finde ich als Ursache von Querlagen aufgezeichnet. Der Rumpf war bogenförmig gekrümmt, so dass an der Convexität die Eingeweide heraushingen.

Als Ursachen, welche wohl mit anderen günstigen Momenten das Zustandekommen einer Querlage bewirken können, für sich allein jedoch selten einen so grossen Einfluss ausüben möchten, werden noch angeführt: Unzweckmässige Lage der Kreissenden, das Tragen schwerer Lasten mit vornübergebeugtem Körper während der Schwangerschaft, starke Erschütterung des Körpers, heftiger Husten und starkes Erbrechen, auch wohl Umschlingung der Nabelschnur und heftige Bewegungen des Kindes.

Diese Momente werden von den verschiedenen Autoren als Ursachen für das Zustandekommen von Querlagen angesehen und von dem einen diesem, von dem anderen jenem mehr Einfluss zugeschrieben. Sicher ist, dass jedes wenigstens bei Mehrgebärenden zur Querlage Veranlassung gibt.

Bei Erstgebärenden werden Querlagen immer nur nach bedeutenderen Abnormitäten gefunden. Diese Erscheinung erklärt sich aus dem verschiedenen Verhalten des Kindes bei Erst- und bei Mehrgebärenden in der letzten Zeit der Schwangerschaft. Während nämlich bei Mehrgebärenden die Frucht noch kurz vor der Geburt ihre Lage öfters wechselt und der Kopf derselben fast immer bis zum Eintritt der Wehen beweglich über dem Beckeneingang steht, wird letzterer bei Erstgebärenden meist schon in den letzten drei Wochen der Schwangerschaft im kleinen Becken gefunden und die Lage des Fötus wechselt, wie besonders Schultze und Höning*) durch tägliche Beobachtungen bewiesen haben, nur noch sehr selten. Aus diesem Grunde kommt denn auch Querlage bei Erstgebärenden weit seltener vor, als bei Mehrgebärenden.

So finden wir in der Klinik für Geburtshülfe und Gynäcologie von Dr. Chiari etc., dass in Wien von 70 Quer-

*) Lehrbuch der Geburtshülfe von Schröder S. 49. 3. Auflage.

lagen 57 bei Multiparen und 13 bei Primiparen, also 80% bei Multiparen und 20% bei Primiparen gesehen wurden.

Spaeth*) berichtet, dass von 93 Querlagen 73 bei Multiparen und 20 bei Primiparen, also 78% bei Multiparen und 22% bei Primiparen brobachtet wurden.

Endlich fand Scanzoni von 71 Querlagen 39 bei Mehrgebärenden und 11 bei Erstgebärenden, also 73% bei Ersteren und 27% bei Letzteren.

Am häufigsten wird unstreitig auch bei Erstgebärenden enges Becken als Ursache von Querlagen gesehen, indem der Kopf am Eintritt in das kleine Becken gehindert wird, und die straffen Bauchdecken den Steiss hindern, weiter in die Höhe zu steigen. Auch die verschiedenen Momente, welche bei todter Frucht Querlage veranlassen, können dieselbe bei Erstgebärenden, wenn auch weit seltener, hervorrufen. Placenta praevia kommt, wie die Erfahrung lehrt, bei Erstgebärenden weit seltener vor als bei Mehrgebärenden, wird aber bei Ersteren doch zuweilen als Ursache der Querlagen gefunden. Ebenso hat man Hydramnion und angeborene abnorme Schlaffheit der Uteruswandung auch bei Erstgebärenden zum Zustandekommen von Querlagen mitwirken gesehen. Im Ganzen wirken die letztgenannten Abnormitäten nur selten bei Primiparen auf die Lage der Frucht ungünstig ein und man denkt meist, wenn man bei einer Erstgebärenden Querlage findet, zunächst an das Vorhandensein einer Beckenanomalie.

Durch die Güte des Herrn Privatdocenten Dr. Hüter bin ich nun in der Lage, aus seinen Journalen einige Fälle mitzutheilen, wo eine bestimmte Deformität des Uterus als alleinige Ursache von Querlagen gerade bei Erstgebärenden gefunden wurde.

Diese Deformität ist jene Form von uterus bicornis infra simplex, wo die Vereinigung der Hörner am corpus uteri

*) Wiener med. Wochenschrift. VII. Jahrgang. No. 8.

stattfindet und entweder gar kein Septum vorhanden ist, oder dasselbe nur wenig weit nach unten herabreicht. Mit Kussmaul*) unterscheiden wir nämlich bei Uterus bicornis zwei Formen: Uterus bicornis duplex, wobei eine gänzliche Verdopplung stattfindet, und Uterus bicornis infrasimplex mit nur theilweiser Verdopplung.

Der Uterus bicornis duplex tritt wieder in zwei verschiedenen Formen auf: Die beiden Uteri verbinden sich nämlich entweder in der Gegend des orificium internum oder tiefer unten, oder sie verbinden sich höher oben. Der Uterus bicornis infrasimplex kommt ebenfalls in zwei verschiedenen Formen vor, je nachdem sich die Hörner in der Gegend des orificium internum verbinden, unter stumpfem Winkel divergiren und die Scheidewand bis zu verschiedener Tiefe herabreicht, ohne jedoch das orificium internum zu erreichen, auch wohl gar keine Scheidewand vorhanden ist, oder die beiden Hörner sich oberhalb dem orifiicium internum verbinden und nur eine kurze Scheidewand nach abwärts senden oder gar kein Septum vorhanden ist. Die letzte Form bildet den Uebergang zum normalen Uterus und wird auch als Uterus arcuatus bezeichnet.

Wenn auch schon seit längerer Zeit von verschiedenen Autoren die ovoide Form des normalen Uterus zur Erklärung der Gradlagen benutzt wurde, indem man angab, dass in dessen unteres spitzes Ende der Kopf passe und dass dem stumpfen Fundus der Steiss mit Schenkeln und Füssen entspreche, so hat man doch erst in neuerer Zeit angefangen, den Einfluss der verschiedenen Deformitäten der Gebärmutter auf die Lage der Frucht zu studiren. Anregung dazu gab besonders Kussmaul durch sein Werk „Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter.“ Kussmaul selbst, dann Schlechter**)

*) Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter. XI. Cap. S. 169 ff.

**) Inauguraldissertation. Greifswald 1869.

und Schatz*) stellten eine Reihe von Fällen, wo Deformitäten des Uterus bestanden, zusammen und suchten den Einfluss derselben auf den Geburtsverlauf zu erforschen. Sie fanden, dass bei beiden Formen von Uterus bicornis duplex und auch bei der erst genannten Form von uterus bicornis infrasimplex meist Gradlagen beobachtet werden, allerdings mit häufig vorliegendem Steiss. In der Mehrzahl der Fälle dauerte auch die Geburt länger als gewöhnlich, und war dieselbe mit grösseren Schwierigkeiten verknüpft. In den Fällen aber von Uterus bicornis infrasimplex, wo die Hörner sich am corpus uteri vereinigten, kein oder nur ein kurzes Septum vorhanden war und wo eine ungewöhnliche Verbreiterung nach den Winkeln mit vielleicht gleichzeitiger Verkürzung des Uteruskörpers stattfand, fanden alle drei Beobachter im Gegensatz zu Hohl sehr häufig das Kind in Querlage zur Geburt kommen. Hohl**) sagt nämlich, es sei ein gar nicht seltenes Vorkommen, dass man den schwangeren Uterus in seinem Grunde mehr oder weniger eingebogen finde. Diese Abweichung von der Norm werde entweder angeboren gefunden, daher sie auch nach der Geburt fortbestehe, oder sie bilde sich erst in der Schwangerschaft, indem die kreisförmigen, die Tubenmündungen umgebenden Muskelschenkeln sich entwickelten, wo dann diese abweichende Gestalt gleich oder bald nach der Geburt verschwinde. Er habe aber in solchen Fällen keine üblen Folgen für die Frauen gesehen.

Von Beobachtungen, wo die beschriebene Deformität als alleinige Ursache von Querlage angegeben ist, finde ich in der Literatur folgende:

Beobachtung von Braun.***)

Eine Frau wurde im Wiener Gebärhause zweimal wegen Querlage behandelt, worauf man das bei ihr habituelle

*) Archiv für Gynäcologie. II. Band. 2. Heft. 1871.

**) Deutsche Klinik a. a. O. S. 17.

***) Kussmaul, S. 221.

Vorkommen der Querlagen aus einem bei der Obduction vorgefundenen Uterus bicornis, dessen Sepiment beinahe bis gegen das innere orificium reichte, erklären konnte.

Beobachtung von Späth.*)

Eine Frau mit herzförmiger Gestalt des Uterus war schon zum dritten Male schwanger und das Kind hatte sich stets in der Querlage befunden. Eine andere Ursache der Querlagerungen, als die eigenthümliche Form der Gebärmutter, war nicht aufzufinden.

Beobachtung von Chiari.**)

Chiari erwähnt eines in der geburtshülflichen Klinik zu Wien beobachteten Falles, wo bei Vorhandensein eines kurzen Septums am Grunde mit Ausdehnung des Körpers nach beiden Winkeln hin wegen Querlage die Wendung auf die Füsse gemacht werden musste. Unmittelbar nach der Geburt aber erfolgte wegen mangelnder Zusammenziehung der Gebärmutter tödtliche Blutung.

Lecluse***) berichtet über eine eigenthümliche Missbildung der Gebärmutter als Ursache einer dreimal sich bei derselben Frau wiederholenden Schulterlage. Die Gebärmutter war wenig erhoben, ihre Seiten sehr entwickelt, so dass der Bauch an beiden Seiten über die Hüften sich ausdehnte. Im Uebrigen erschienen die Zeugungstheile normal. Die Uterinkugel behielt auch nach der Entbindung oben einen Eindruck, so dass die beiden Seitenwinkel bedeutend hervorragten, was nach Lecluse beweist, dass die Missbildung auch im nicht schwangeren Zustand bestand.

Schlechter†) hat eine Ilpara beobachtet.

Die erste Geburt hatte in Folge schwacher Wehen einige Tage gedauert, war aber ohne Kunsthülfe von Statten

*) Kussmaul, S. 231.

**) Wiener med. Wochenschrift, 1857, Nr. VIII.

***) Kussmaul, S. 240.

†) Inauguraldissertation. Greifswald 1869.

gegangen. Das sehr kleine Kind starb bald nach der Geburt. Bei der Untersuchung, einige Zeit vor der zweiten Geburt, fiel sofort die übermässige Ausdehnung und eigenthümliche Gestalt des abdomen auf. In der Mitte desselben bemerkte man eine Einsenkung, die sich zuweilen als eine deutlich von oben und rechts nach unten und links gerichtete Furche präsentirte. In der Mitte des Uterus fühlte man eine deutliche Einkerbung, die sich an der vorderen Fläche bis in die Nabelgegend verfolgen liess. Das Kind lag quer und bei der Geburt musste die Wendung gemacht werden. Nach der Geburt konnte man etwa acht Tage die eigenthümliche Form des Uterus fühlen.

Einen etwas zweifelhaften Fall, den Meissner sen. beobachtete, finde ich noch von Schlechter*) mitgetheilt. Eine Frau gebar das erste Kind mit vorangehendem Kopfe, später aber musste sie von noch elf Kindern jedesmal durch die Wendung entbunden werden. Da Meissner eine Ursache der Kindeslage im Bau der Gebärenden nicht finden konnte, glaubt er dieselbe in der Gebärmutter-Form suchen zu dürfen. Näheres über letztere wird jedoch von ihm nicht angegeben.

In den Journalen des Herrn Dr. Hüter sind folgende Fälle aufgezeichnet:

E. N. in R., 25 Jahre alt, hatte einen normalen Verlauf ihrer ersten Schwangerschaft. An dem rechtzeitigen Ende derselben bekam sie in der Nacht vom 8. auf den 9. December 1867 die ersten Wehen.

Am 9. December, 7 Uhr Morgens Abgang des Fruchtwassers. Die Hebamme schickte nach ärztlicher Hülfe, weil sie kleine Kindestheile in dem Muttermund fühlte.

9½ Uhr Vormittags findet Herr Dr. Hüter an der Gebärenden folgenden Status. Der Uterus zeigt eine bedeutende Ausdehnung in querer Richtung. Sowohl rechts

*) Inauguraldissertation. Greifswald 1869.

als links in dem Uterus findet sich ein grosser Kindestheil. Kleine Kindestheile sind in der Mitte der vorderen Uteruswand und auch nach links zu fühlen. Man fühlt in der Mitte des Fundus uteri auch einen kleinen Kindestheil. Der Fundus uteri zeigt keine deutlich kugelige Form, sondern er erscheint mehr in horizontaler Richtung abgegrenzt. Der Fötalpuls ist an dem ganzen Unterleib deutlich zu hören. In der linken Seite des Leibes ist er am lautesten zu vernehmen. In der Wehenpause zählt man 11 — 12 Schläge des Fötalpulses in 5 Secunden. Durch die Wehe wird der Fötalpuls auf 7 — 8 Schläge herabgesetzt, doch steigt die Zahl der Schläge in der Wehenpause schnell wieder auf die frühere Frequenz.

In der Vagina findet sich etwas Meconium. Der Muttermund ist völlig retrahirt. In das Becken ragt die linke Schulter des Kindes hervor und der linke Arm liegt tief in der Vagina, so dass die linke Hand, welche angeschwollen und blau erscheint, aus der Schamspalte hervorgetreten ist. Die Bauchfläche des Kindes ist vorn gelagert.

Es wird die Wendung gemacht und ein asphyctisches Kind zur Welt befördert, welches erst nach längerer Bemühung zum Leben gebracht wird.

Als zum Zweck der Entfernung der Nachgeburt Herr Dr. Hüter mit beiden Händen den fundus uteri umfasst, findet er eine tiefe Einbiegung in der Mitte desselben. Die Nachgeburt tritt unter dem Druck der Hände zu Tage. Der Uterus contrahirt sich gut. Die Einbiegung des fundus uteri besteht nicht allein fort, sondern scheint noch stärker geworden, sodass die beiden Seitenhälften des Uterus fast zwei Finger breit höher stehen, als der mittlere Theil des Fundus.

Die Bicornität des Uterus ist noch am dritten Tage des Wochenbettes, als Herr Dr. Hüter die Wöchnerin besucht, nachzuweisen.

Das Wochenbett verläuft normal. Die Frau stillt ihr Kind. Dasselbe wird ein kräftiger Knabe, der heute noch lebt.

Die Frau sucht zwei Jahre nach der Geburt bei Herrn Dr. Hüter ärtzliche Hülfe wegen Unregelmässigkeit der Menstruation. Derselbe findet bei der Frau eine metritis chronica. Die Frau ist nicht wieder schwanger geworden.

II. Fall.

C. N. in E., 23 Jahre alt, unverheirathet, bekam am Morgen des 5. Februar 1874 nach regelmässigem Verlauf der ersten Schwangerschaft die ersten Wehen. Am 6. Februar Morgens 5 Uhr ging das Fruchtwasser ab. Die Hebamme sendete nach ärztlicher Hülfe, weil sie kleine Kindstheile vorliegend fand. Um 9 Uhr Morgens langte Herr Dr. Hüter bei der Gebärenden an und fand, dass dieselbe nicht besonders gross von Wuchs war.

Sp. 25,2
Cr. 27,8
B. 19,3.

Der Knochenbau erschien regelmässig. Der Uterus hatte keine bedeutende Grösse und war mehr in die Breite ausgedehnt. Kleine Kindestheile schienen links im Uterus zu liegen. Der Fötalpuls wird nirgends gehört. In der Vagina, welche ein sehr enges Lumen zeigte, fand man zunächst eine grosse Schlinge der Nabelschnur, welche nicht mehr klopfte, Meconium und den linken Arm; die dazu gehörige linke Schulter lag in dem Beckeneingang. Der Rücken des Kindes war nach vorn gewendet. Der Muttermund war bis auf einen Saum retrahirt.

Die Gebärende wurde chloroformirt, um die Wendung vorzunehmen. Dieselhe bot viele Schwierigkeit, gelang aber zuletzt.

Die Extraction des todten Kindes, eines Knaben, ging dann ohne weitere Schwierigkeit von Statten.

Die Nachgeburt wurde durch den Credé'schen Handgriff entfernt. Bei dem Umfassen des Fundus bemerkte man eine nicht unbedeutende Bicornität des Uterus, sodass die beiden seitlichen Partieen desselben die Mitte des Fundus beträchtlich überragten. Die Entbundene bekam bald nach der Entbindung einen starken Frost und erkrankte an einer Perimetritis, von der sie nur langsam genass.

Herrn Privatdocent Dr. Hüter sage ich für die freundliche Unterstützung bei Abfassung vorliegender Arbeit hiermit meinen herzlichsten Dank.

Thesen.

I.

Der Aderlass ist zur Behandlung des Lungenödems der croupösen Pneumonie nicht nöthig.

II.

Bei der Behandluug der Hand- und Fingerverletzungen hat man möglichst conservativ zu verfahren.

III.

Bei nicht compensirter Mitralisinsufficiens, sowie bei schweren Störungen in den Lungen, ist von der Einleitung der Frühgeburt keine Besserung für die Schwangeren zu erwarten.

Joh. Becker, Sohn des Lehrers J. Becker, kathol. Confession, wurde geboren am 29. Juli 1849 zu Erbach. Seinen Unterricht in den Elementarfächern erhielt er in seiner Heimath und besuchte dann von Ostern 1862 an das Gymnasium zu Hadamar, wo er Ostern 1869 das Zeugniss der Reife erhielt. Darauf bezog er ein Semester die Universität Würzburg, um dann in Marburg seine Studien fortzusetzen. Im Juli 1870 trat er als Einjährig-Freiwilliger in das Hessische Füsilier-Regiment No. 80 ein und machte die Belagerung von Paris mit. Im Wintersemester 1871/72 nahm er in Marburg seine Studien wieder auf und bestand am Ende dieses Semesters das tentamen physicum. Im Wintersemester 1872/73 bezog er die Universität Leipzig, wo er ein Jahr lang seinen Studien oblag, um dann wieder nach Marburg zurückzukehren. Ende des Wintersemesters 1873/74 bestand er das Examen rigorosum und in diesem Semester das medic. Staatsexamen.

Seine Lehrer waren die Herren Professoren und Docenten:

Beneke, Carius, Claus, Credé, Dohrn, Fick, Hasse, Heubner, von Heusinger, Horstmann, Hüter, von Koenen, Lieberkühn, Mannkopff, Nasse, Roser, Sachs, B. Schmid, H. Schmidt, Thiersch, E. Wagner, Wendt, Winter, Wunderlich,

denen er hiermit seinen besten Dank abstattet.